



**SOLICITUD DE
SERVICIOS DE SALUD MENTAL**

Effective January 1, 2013

DBH-0050
(1/13)

La terminación de esta aplicación sirve como su solicitud de servicios de salud mental a través del Departamento de Idaho de Salud y Bienestar Social. Una vez finalizada, esta solicitud será revisada por un médico de salud mental y nos comunicaremos con usted en cuanto a los posibles pasos a seguir en su, o en su caso, la elegibilidad de su hijo para recibir servicios.

Por, _____ la presente se aplican para los Servicios de
(Nombre del solicitante o del padre / tutor)
Salud Mental para mí (o mi hijo) del Departamento de Salud y Bienestar Social, como se indica a continuación:

Nombre	
Dirección	
Número de teléfono	
Padre / Guardian 's Nombre	

Estoy buscando servicios para mí (o mi hijo) para hacer frente a los siguientes problemas: (Letra de molde)

(Por favor, adjunte hojas adicionales si es necesario)

Al firmar abajo, yo estoy solicitando los servicios de salud mental. Entiendo que esta solicitud de servicios no es una garantía de servicios. Además, doy consentimiento para que el Departamento lleve a cabo una evaluación de salud mental que podría abrir potencialmente incómodos pensamientos o sentimientos, me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de este consentimiento. He leído y entendido lo anterior.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del Padre o Tutor

Fecha

PERFIL DEL CLIENTE DE SALUD MENTAL

Nombre _____ Fecha _____

Nombre Apellido Inicial

Fecha de nacimiento: _____ *NSS (opcional): _____ Número de teléfono principal: (____) _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Código postal _____

Dirección postal (si es diferente): _____

Nombre del padre o contacto de emergencia: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____

Sexo

- Mujer
- Hombre
- Se negó
- Mujer transgénero
- Hombre transgénero
- Desconocido

Estado civil

- Convivencia
- Divorciado
- Casado
- Nunca casado o Soltero
- Separado
- Viudo

Método preferido de contacto

- Teléfono (____) _____
- Texto(____) _____
- Carta
- Correo electrónico
- Correo electrónico _____

Grupo étnico

- Cubano
- Hispano o latino
- Origen no especificado
- Mexicano
- Otro origen hispano o latino específico
- No es de origen hispano o latino
- Puertorriqueño
- Desconocido

Composición del hogar

- Vive solo
- Vive con adolescentes
- Vive con niños
- Vive con familiares
- Vive con personas que no son familiares
- Otro

Situación laboral

- Discapacitado
 - Empleo de tiempo completo
 - Empleo de medio tiempo
 - Ama de casa
 - En las Fuerzas Armadas
 - Otro
 - Residente o preso
 - Jubilado
 - Empleado temporal
 - Estudiante
 - Desempleado
- Nombre del empleador _____

Raza

- Nativo de Alaska
- Indio americano
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Nativo hawaiano
- Otro
- Isleño del Pacífico
- Desconocido
- Blanco o caucásico

Tipo de alojamiento

- Adolescente que vive de forma independiente
- Adulto que vive con sus padres, parientes o tutores
- Adolescentes (menores de 18 años) que viven con sus padres, parientes o tutores
- Hogar de adopción temporal o cuidado de adopción temporal
- Cárcel o centro correccional
- Vivienda dependiente
- Entorno institucional
- Atención residencial
- Vida independiente
- Otro
- Otra condición residencial
- Sin hogar (hotel, habitación o solo cuarto)
- Sin hogar (refugio a largo plazo)
- Sin hogar (al aire libre)
- Sin hogar (refugio a corto plazo)
- Sin hogar (en casa de alguien más)
- Residencia de crisis
- Hogar de adopción temporal o cuidado de adopción temporal

Necesidades especiales

- Discapacidad del desarrollo o discapacidad intelectual
- Médica de moderada a grave

Tipo de seguro

- Blue Cross/Blue Shield
 - Organización de mantenimiento de la salud (HMO)
 - Medicaid
 - Medicare
 - Otro (p. ej., TRICARE)
 - Seguro privado (distinto a BCBS o HMO)
- Número de póliza: _____
- Número de grupo: _____

- Ninguno
- Problema de origen orgánico
- Otro
- Discapacidad física
- Problema grave de audición o sordera
- Lesión cerebral traumática
- Discapacidad visual o ceguera
- Desconocido

Veterano

- Servicio activo
- Nunca ha estado en el servicio militar
- Veterano

Asistencia escolar

- Asiste a la escuela regularmente: Ausente cinco días o menos
- Educado en casa
- No aplicable
- No asiste a la escuela regularmente: Ausente seis días o más

Número de detenciones en los últimos 30 días _____

Número de detenciones en los últimos 12 meses _____

Total de meses empleado en los últimos 6 meses _____

Número de empleadores en los últimos 12 meses _____

¿El cliente está bajo supervisión judicial?

Sí _____ No _____

Jurisdicción de supervisión _____

Nivel más alto de educación alcanzado

Actualmente inscrito en rehabilitación vocacional

____ Sí _____ No

Revised July 2019

*El Número de Seguro Social (NSS) es obtenido con el propósito de identificar a los participantes, prevenir la duplicación de beneficios e información. El departamento no divulgará el NSS de una persona sin el consentimiento de la misma a ninguna persona ajena al Departamento, excepto en la medida en que lo exija la ley. 31 CFR 1.32; 42 CFR 5435.910.



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

División de Salud del Comportamiento

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO

Disponible en español. Proveemos servicios de interpretación sin costo alguno. Llame al 211 o al 1-800-926-2588 para obtener el servicio de interpretación. Disponible en español. Proveemos servicios de Interpretate sin costo alguno. Llame al 2-1-1 al 1-800-926-2588 para obtener la ayuda de un intérprete.

Yo, _____, autorizo y elijo a la División de Salud del Comportamiento (IDHW-DBH) del Departamento de Salud y Bienestar para proveer examinación, tratamiento o procedimientos de diagnóstico, incluyendo la receta de medicamentos, que sean recomendados ahora o durante mi cuidado como participante o cliente. La frecuencia y el tipo de tratamiento serán decididos Yo, quien me lo receta, el médico clínico, la enfermera y el trabajador de Salud Mental decidiremos la frecuencia y el tipo de tratamiento.

___ Entiendo que existen riesgos y beneficios potenciales al tener acceso a un tratamiento de salud mental. Entiendo que (IDHW-DBH) trabajará conmigo para obtener el beneficio máximo, pero no hay ninguna garantía de que mi salud mental vaya a mejorar; sin embargo, es muy probable que ocurra un beneficio máximo con la mejora de la salud mental y el aumento de funcionamiento con la participación constante en el tratamiento.

- Entiendo y acepto que el tratamiento incluirá una evaluación de salud mental, la cual incluye una entrevista clínica y otros recursos disponibles para obtener información clínica y determinar mi elegibilidad para los servicios de Salud Mental para Adultos, identificar los problemas, fortalezas y necesidades del servicio.
- Entiendo y acepto que participaré en la creación de un plan de tratamiento individualizado que identifica las estrategias para la prestación de servicios para cubrir las necesidades identificadas en mi evaluación, creando metas de tratamiento específicas y criterios para la determinación de cuando esas metas y objetivos hayan sido alcanzados. Los servicios específicos que se incluirán en el plan de tratamiento se discutirán en detalle durante la elaboración del plan de tratamiento. Entiendo que tengo el derecho de aceptar o rechazar los servicios de salud mental que ofrece el departamento, a menos de que la ley o una orden judicial los impongan.
- Si mis servicios incluyen la administración de los medicamentos, entiendo que el médico que receta, con licencia del estado de Idaho, revisará los medicamentos que se me receten, así como los riesgos y beneficios de tomarlos. En general, los beneficios de medicamentos podrían incluir una mejora en el funcionamiento de la salud mental y la reducción de los síntomas. Los riesgos de los medicamentos podrían incluir efectos secundarios, los cuales me describirá el médico que los receta. Entiendo y acepto que informaré al médico recetante acerca de cualquier efecto secundario de los medicamentos recetados.
- Entiendo y acepto que recibiré servicios por parte del personal de (IDHW-DBH) con varios tipos de licencias y experiencia. Entiendo que hay diferentes tipos de terapia y técnicas de



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

tratamiento que podrían utilizarse para ayudarme con la recuperación. Tengo el derecho de poder preguntar el tipo de terapia o tratamiento que recibiré y el tipo de credencial y experiencia del personal.

- Entiendo que los beneficios de participación constante en los servicios de Salud Mental podrían incluir una mejora en la salud mental, el funcionamiento en la comunidad, la calidad de vida y la conciencia de las fortalezas y las limitaciones, así como una disminución en los síntomas de mi enfermedad mental.
- Entiendo que los riesgos del tratamiento podrían incluir sentimientos o recuerdos incómodos y que podría haber periodos de aumento de ansiedad o Incertidumbre. Entiendo que es imposible predecir hasta qué punto podría llegar a experimentar dichos sentimientos. Entiendo y acepto que voy a discutir cualquier preocupación o problemas relacionados con el tratamiento con mi médico clínico, la enfermera o el trabajador de Salud Mental.

___ Entiendo que mis registros se almacenan de manera electrónica o en una carpeta de archivos de papel. Los empleados de IDHW-DBH tienen acceso a estos archivos; sin embargo, no sería ético que otras personas que no estén involucradas en mis servicios tengan acceso a estos. Entiendo que los miembros del equipo de servicio a los que se me asigne tendrán acceso a mis registros y que asignarán personal a mi caso conforme sea apropiado para ayudar con mi tratamiento.

___ Entiendo que tengo el derecho a rechazar los servicios en cualquier momento y que hay otros proveedores de la comunidad o servicios de telesalud, en algunas áreas del estado, que pueden ayudarme con mis necesidades de salud mental. Al firmar abajo, reconozco que se me informó por completo que puedo elegir los proveedores y que puedo solicitar una lista de proveedores de salud mental local en cualquier momento.

___ Entiendo que la comunicación y los registros son confidenciales; sin embargo, hay excepciones cuando la ley exige que se revele la información o cuando aplican normas éticas de protección. Las siguientes situaciones podrían ser causas de divulgación de información confidencial sin necesidad de su consentimiento firmado:

- Al notificar abuso de niños o adultos vulnerables.
- Al revelar información para proteger a otros del daño.
- Al revelar información para protegerse de riesgos de suicidio.
- Al notificar una infección de SIDA/VIH y una posible transmisión.
- Procesos penales
- Casos de custodia de niños
- Juicios en los cuales la salud mental de una parte es un problema.
- En un juicio por negligencia que se presente en contra del departamento.
- Disputa de pagos entre usted y el departamento.



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

- Al presentar una queja con la junta de licencias u otra autoridad reguladora estatal o federal.

___ Entiendo que se me explicará el propósito de estos procedimientos.

___ Entiendo que el personal de IDHW-DBH puede ser alegre y amable al trabajar conmigo; sin embargo, deben cumplir con las normas profesionales y éticas que prohíben el desarrollo de amistades personales fuera de la oficina o cualquier intimidad sexual.

___ Entiendo que un médico clínico o trabajador social no puede proveer servicios a mis amigos, allegados de mi familia, conocidos sociales u organizacionales, asociados políticos o miembros de la familia.

___ Entiendo que puedo acceder a los Servicios de Crisis las 24 horas al llamar a la Línea Regional de Crisis de la que puedo obtener información en la oficina regional.

___ Entiendo que puedo acceder a servicios de defensa al llamar a los Derechos de Discapacidad de Idaho al 1-866-262-3462 (TDD/voz) y que puedo obtener asistencia legal a través de Asistencia Legal de Idaho (los números regionales se pueden encontrar en www.idaholegalaid.org).

Fecha: _____ Firma del cliente: _____

Fecha: _____ Firma de padre o tutor: _____

Fecha: _____ Testigo: _____



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

División de Salud del Comportamiento
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL CLIENTE PARA MENSAJES DE TEXTO Y
CORREO ELECTRÓNICO

Puede permitir que el personal de la División de Salud del Comportamiento del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho (IDHW-DBH) se comunique con usted por mensaje de texto (también llamado SMS) y correo electrónico. Este formulario le explica los riesgos de este tipo de comunicación, cosas que hacer o no hacer con este tipo de contacto y cómo nosotros utilizamos estos tipos de comunicación.

1. Cómo vamos a utilizar los mensajes de texto y correos electrónicos: Solo usamos los mensajes de texto y los correos electrónicos para hablar acerca de cosas que no son urgentes o graves, como recordatorios de citas. Todo contacto con usted o de usted podría agregarse a su registro electrónico médico con IDHW-DBH (su "expediente"). Tiene el derecho de solicitar esa información en su registro médico, así como puede solicitar todos los demás registros en su historial.

2. Riesgos del uso de mensajes de texto y correos electrónicos: El uso de mensajes de texto y correos electrónicos tiene algunos riesgos que debe tener en cuenta. Estos son algunos de los riesgos, pero también puede haber otros riesgos:
 - a. Los mensajes de texto y los correos electrónicos pueden mostrarse a otras personas.
 - b. La gente puede fácilmente enviar mensajes de texto a la persona equivocada por accidente.
 - c. La gente puede guardar copias de los textos o correos electrónicos, incluso cuando los haya eliminado de su teléfono o computadora.
 - d. Los empleadores y los servicios en línea tienen el derecho de examinar los textos y los correos electrónicos enviados a través de los sistemas de la empresa.
 - e. Los textos y los correos electrónicos pueden ser leídos, editados o enviados a otra gente sin su conocimiento o sin haber dado permiso para ello.
 - f. Los textos y los correos electrónicos pueden utilizarse como evidencia en un tribunal.
 - g. Los mensajes de texto y los correos electrónicos podrían no ser seguros, así que alguien más podría ser capaz de verlos.
 - h. Alguien podría averiguar acerca de lo mencionado en texto y correos electrónicos, como cuáles son los servicios que usted recibe a través de nosotros.

3. Reglas para el uso de mensajes de texto y correo electrónico: Debido a los riesgos mencionados anteriormente, IDHW-DBH no puede garantizar la privacidad de todos los mensajes, pero hará



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

su mejor esfuerzo para lograrlo. Para el uso de correo electrónico y texto con nosotros, debe leer y estar de acuerdo con las siguientes reglas:

- a. **EN CASO DE EMERGENCIA NO USE TEXTO O CORREO ELECTRÓNICO. ¡LLAME AL 911!**
No nos envíe mensajes de texto o correo electrónico para atender problemas urgentes. Si tiene un problema urgente durante las horas regulares de oficina, llame a la oficina principal o al 911. Llámenos si necesita decirnos algo que no puede esperar.
 - b. Los mensajes de texto y los correos electrónicos podrían agregarse a su expediente médico.
 - c. El personal clínico no enviará sus mensajes de texto y correos electrónicos que lo identifiquen.
 - d. Si usted u otra persona le permiten a alguien más ver los mensajes, IDHW-DBH no se hará responsable de ello.
 - e. Es su responsabilidad dar seguimiento al personal si es necesario.
4. Retiro de consentimiento: Entiendo que si ya no deseo que IDHW-DBH utilice los mensajes de texto o correos electrónicos conmigo, puedo expresarlo por medio de una carta en cualquier momento. Si ya no deseo utilizar los mensajes de texto o los correos electrónicos con IDHW-DBH, aún podré obtener tratamiento o servicios para los que califique.
5. Reconocimiento y acuerdo del cliente: He leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos de utilizar mensajes de texto y correo electrónico como método de comunicación con el personal del IDHW-DBH. Estoy de acuerdo con las reglas de este formulario, y cualquier otra regla respecto a los mensajes de texto o correo electrónico que IDHW-DBH podría indicarme.

Escribir nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Aviso de Prácticas de Privacidad

En vigor a partir del 23 de septiembre de 2013

HW-0320S
Revisado 08/2013

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN SOBRE USTED Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVISE CON MUCHA ATENCIÓN

- Si tiene alguna duda sobre este Aviso, póngase en contacto con la Oficina de privacidad del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho al 208-334-6519 o por correo electrónico en PrivacyOffice@dhw.idaho.gov.
- En cualquier momento puede solicitar una copia de este Aviso. Encontrará copias de este Aviso en las oficinas del Departamento de Salud y Bienestar. Esta Aviso también se encuentra en el sitio en internet del Departamento de Salud y Bienestar a <http://www.healthandwelfare.idaho.gov>.

OBJETIVO DE ESTE AVISO

En este Aviso de Prácticas de Privacidad describe la forma en que el Departamento de Salud y Bienestar (el Departamento) maneja la información confidencial conforme a los requisitos estatales y federales. Todos los programas en el Departamento pueden compartir la información confidencial sobre usted entre sí según sea necesario para proporcionarle los beneficios o servicios y con fines comerciales normales. El Departamento también puede compartir su información confidencial con otros fuera del Departamento según sea necesario para proporcionarle los beneficios o servicios.

Nuestro compromiso es proteger su información confidencial. Generamos registros de los beneficios o servicios que recibe del Departamento. Necesitamos estos registros para ofrecerle servicios y atención de calidad. Asimismo, necesitamos estos registros para cumplir con varias leyes locales, estatales y federales.

Tenemos la obligación de:

- Utilizar y divulgar información confidencial requerida por la ley;
- Mantener la privacidad de su información;
- Proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad de su información; y
- Cumplir con los términos del Aviso vigente a la fecha.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad no afecta su elegibilidad a beneficios o servicios.

SUS DERECHOS ACERCA DE SU INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

1. Derecho a una revisión y una copia

Usted tiene el derecho de revisar y copiar su información de acuerdo con la ley.

Si quisiera revisar y una copia de su información, en las oficinas del Departamento o su sitio en internet encontrará el formato “Solicitud de registros”. Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud de acuerdo con la Ley de Registros Públicos de Idaho y las leyes federales de HIPAA.

Si solicita recibir una copia de la información, es posible que le cobremos una cuota.

Si legalmente no podemos divulgarle la información, le avisaremos.

2. Derecho a modificaciones

Si siente que la información que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, tiene el derecho a pedirnos que se hagan cambios a su información.

Si quisiera que el Departamento cambie su información, en las oficinas del Departamento o su sitio en internet encontrará un formato de "Solicitud para modificación de registros". Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud en 10 días.

Es posible que rechacemos su solicitud si nos pide cambiar información que:

- No generó el Departamento;
- No es parte de la información que conserva o es para el Departamento;
- No es parte de la información que se le permita revisar o copiar; o
- Determinamos que es correcta y está completa.

3. Derecho a limitar la divulgación sobre la información de la salud

Tiene el derecho a pedirnos no compartir la información sobre su salud para su tratamiento o servicios, o con fines comerciales normales. Nos debe decir cuál es la información que no quiere o con quién no quiere compartir.

Si quiere pedir al Departamento no compartir su información, en las oficinas o el sitio en internet del Departamento encontrará una "Solicitud para restringir la divulgación de información de salud". Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud por escrito.

Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con ella a menos que se necesite la información para darle tratamiento de emergencia o que usted retira la restricción. En caso de que usted o alguien a su nombre pague un artículo o servicio y solicita que no se le divulgue a un proveedor de seguro de salud la información referente a dicho artículo o servicio, aceptaremos la restricción solicitada.

4. Derecho a un medio de envío alternativo

Tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted a través de medios o lugares alternos. Por ejemplo, puede pedir que le enviemos la información de un programa a una dirección de correo diferente al de otros programas de los que recibe servicios o beneficios.

Si quiere pedir un medio alternativo para el envío de su información, en las oficinas del Departamento o su sitio en internet encontrará el formato "Solicitud de medios alternos para envío". Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud si por algún motivo se rechaza.

No le preguntaremos la causa de su solicitud. Se aprobarán las solicitudes razonables.

5. Derecho a un informe de las divulgaciones de información de salud

Tiene el derecho a solicitar un informe de las divulgaciones de información sobre su salud. En este informe de divulgaciones no va a incluir cuando compartamos la información sobre su salud para tratamiento, pago de su tratamiento o fines comerciales normales, o las veces que usted nos autorizó compartir la información.

Si quiere solicitar un informe de las divulgaciones sobre su salud, encontrará en las oficinas del Departamento o su sitio en internet el formato "Solicitud para recibir un informe de las divulgaciones de información de salud". Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento responderá a su solicitud de acuerdo con la Ley de Registros Públicos de Idaho y las leyes HIPAA federales.

El primer informe que solicite y reciba en un año calendario será sin costo. Para informes adicionales en el mismo año calendario, es posible que le cobremos el costo por proporcionarle el informe. Le informaremos del costo y es posible que decidamos retirar o cambiar su solicitud en ese momento antes de cobrarle algún costo.

CÓMO PUEDE USAR Y COMPARTIR EL DEPARTAMENTO SU INFORMACIÓN

Ocasiones en que no se necesite su permiso

- **Para tratamiento.** Podemos utilizar o compartir su información a fin de proporcionarle beneficios, tratamiento o servicios. Podemos compartir su información con una enfermera, médico o persona que le proporcione tratamiento o servicios. Los programas en el Departamento también pueden compartir su información para conjuntar los servicios que posiblemente necesite. También podemos compartir su información con personas ajenas al Departamento que estén involucradas en su atención o el pago de su atención, como familiares, representantes informales o legales u otros que le brinden servicios como parte de su atención.
- **Para pago.** Podemos utilizar y compartir su información para que pueda pagarse el tratamiento y los servicios que reciba a través del Departamento. Por ejemplo, tal vez tengamos que proporcionar información sobre usted a la compañía de seguros médicos acerca del tratamiento o los servicios que reciba para que su seguro médico pueda pagar el tratamiento o los servicios.
- **Para operaciones comerciales.** Podemos utilizar y compartir su información con fines de operaciones comerciales. Es necesario para la operación diaria del Departamento y asegurarse de que nuestros clientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, puede usar su información para revisar la forma en que proporcionamos el tratamiento y los servicios y evaluar el desempeño de nuestro personal que le brinda los servicios.

Ocasiones en que se necesite su permiso

- **Por causas a parte del tratamiento, pago u operaciones comerciales.** Puede haber ocasiones en las que el Departamento tenga que usar y compartir su información por causas a parte del tratamiento, pago y operaciones comerciales según lo que se explica arriba. Por ejemplo, si el Departamento pide a su empleador o la escuela información que no forme parte del tratamiento, pago u operaciones comerciales, el Departamento le solicitará una autorización por escrito que nos permita compartir dicha información. Si nos autoriza utilizar o compartir su información, puede suspender el permiso en cualquier momento, siempre que sea por escrito. Si suspendió su permiso, ya no podremos usar o compartir esa información. Debe entender que no podemos recuperar información que ya se haya compartido bajo su autorización.
- **Individuos que forman parte de su atención o el pago de su atención.** Podemos proporcionar información sobre usted a un familiar, representante legal o a quien usted asigne como parte de su atención. También podemos proporcionar información a quien ayude a pagar por su atención. Si usted no puede aceptar o rechazar una divulgación, podemos compartir dicha información según sea necesario si determinamos que es lo mejor para usted con base en nuestra opinión profesional. Asimismo, podemos compartir su información en un desastre para poder informar a su familia o representante legal acerca de su condición, estado y ubicación.

Otra forma de usar y compartir su información sin su permiso

- Recordatorios de citas
- Alternativas de tratamiento
- Según lo requiera la ley
- Riesgos de salud pública
- Cumplimiento de la ley
- Demandas y disputas
- Médicos forenses, directores de funerarias
- Donación de órganos y tejidos
- Tratamiento de emergencia
- Evitar una amenaza grave de salud o seguridad
- Organizaciones militares o de veteranos
- Actividades de vigilancia de la salud
- Actividades de seguridad nacional y de inteligencia
- Instituciones correccionales

REQUISITOS ESPECIALES

La información recibida de un programa de financiamiento federal para el tratamiento de drogadicción o a través del programa de bebés y niños pequeños no se liberará sin autorización específica del individuo o representante legal.

Se avisará a los individuos afectados después del incumplimiento de la información de salud sin privacidad.

CAMBIOS A ESTE AVISO

El Departamento tiene el derecho de cambiar este Aviso. En las oficinas del Departamento o en <http://www.healthandwelfare.idaho.gov> se publica una copia de este Aviso. La fecha en vigor de este Aviso aparece en la parte superior de cada página. Si el Departamento no realiza cambios a este Aviso de prácticas de privacidad, el Departamento cumplirá con los términos del Aviso vigente a la fecha.

QUEJAS

Si considera que se violaron sus derechos de privacidad a la información confidencial, puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho. Todas las quejas enviadas al Departamento deben ser por escrito en el formato de "Queja sobre privacidad" disponible en las oficinas del Departamento o su sitio en internet. Para presentar una queja ante el Departamento, envíe su formato de Queja sobre privacidad lleno a:

Idaho Department of Health and Welfare
Privacy Office
P.O. Box 83720
Boise, ID 83720-0036

Si considera que se violaron sus derechos de privacidad de información sobre su salud, también puede presentar una queja ante del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Su queja debe ser por escrito y debe mencionar la organización que es objeto de su queja y describir lo que usted considera que se violó. Envíe su queja por escrito a:

Region 10
Office for Civil Rights
U. S. Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue-Suite 900
Seattle, Washington 98121-1831

En el caso de las quejas presentadas por correo electrónico enviar a OCRComplaint@hhs.gov.

Una queja se debe presentar ante del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho o de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos en un plazo de 180 días de que haya ocurrido lo que usted considere una violación a la privacidad. Este límite de tiempo para la presentación de quejas puede retirarse por una buena causa.

No se le castigará ni habrá represalias contra usted por presentar una queja.

Información del cliente de salud mental infantil y preguntas frecuentes sobre el Intercambio de Datos de Salud de Idaho (IHDE)

A partir del 3 de septiembre de 2019, ciertos datos de clientes serán transmitidos desde el sistema de registro de salud electrónico de la División de Salud Mental (DBH) al sistema de IHDE para mejorar la coordinación y la prestación de servicios para los clientes atendidos por la DBH.

¿Qué es el Intercambio de Datos de Salud en Idaho (IHDE)?

El IHDE es un intercambio seguro de información de salud a través de Internet en todo el estado, con el objetivo de mejorar la calidad y la coordinación de salud en Idaho. El IHDE permite a los proveedores de atención de salud y al personal médico un acceso rápido y seguro a información importante sobre la salud de sus pacientes en el punto de atención.

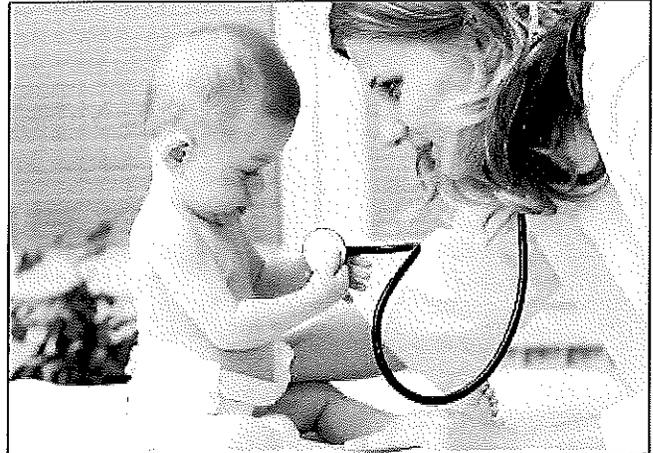
¿Cómo mejora la atención al paciente el intercambio de información sobre la salud?

Los médicos y su personal médico necesitan los antecedentes actuales y pasados de su hijo para diagnosticar y tratar con precisión a su hijo. Cada médico que atiende a su hijo puede tener solo una parte de su expediente médico. Cuando los proveedores acceden a los registros de los demás a través del IHDE, obtienen información de salud más completa y toman decisiones informadas que, en última instancia, contribuyen a mejorar la atención de sus pacientes.

¿Qué información del registro de la DBH de mi hijo pueden ver usuarios autorizados del IHDE?

La siguiente información del sistema regional de registros sanitarios de la DBH estará disponible para los usuarios autorizados del IHDE:

- Apellido
- Nombre
- Número del Seguro Social*
- Fecha de nacimiento
- Sexo
- Raza
- Dirección
- Número de teléfono
- Estado civil
- Proveedor de cuidados primarios
- Información de los Servicios de Salud del Comportamiento
 - Lugar donde se prestan los servicios
 - Fecha del servicio
 - Tipo de servicio (códigos de salud del comportamiento)
- Fecha de admisión
- Fecha de alta
- Alergias
- Medicamentos dispensados por el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho y la División de Salud del Comportamiento
- Información sobre la cobertura del plan de seguro



*El número del Seguro Social (SSN) no se muestra en el portal del IHDE, pero se solicita para identificar los participantes y prevenir la duplicación de beneficios e información. El SSN es un componente fundamental para el manejo de casos y actividades de coordinación de cuidados.

El Departamento de Salud y Bienestar está autorizado para obtener y utilizar números del Seguro Social (SSN) para determinar la elegibilidad a Medicaid, verificar información y evitar la duplicación en la participación. Proporcionar su SSN puede minimizar los retrasos administrativos asociados con el servicio solicitado. El departamento no revelará el SSN de una persona sin el consentimiento de la misma a ninguna persona ajena al departamento, excepto en los casos previstos por la ley; 5 U.S.C. 552a; IDAPA 16.05.03.103; 42 CFR §435.910.

¿Por qué querría que la información de mi hijo esté disponible en el IHDE?

Al utilizar el IHDE, los médicos y el personal médico pueden acceder rápidamente a información como los resultados de las pruebas de laboratorio que otro proveedor pueda haber solicitado. Poner esta información a disposición de un médico que trata a su hijo, le permite tomar decisiones más informadas con respecto al cuidado de su hijo.

Tener acceso a esta información también puede reducir el número de pruebas que se solicitan, lo que puede ayudarle a ahorrar tiempo y dinero.

Con la información proporcionada a través del IHDE, el médico y el personal médico de su hijo pueden revisar los medicamentos actuales. Esto puede ayudar a asegurar que su hijo no reciba medicamentos a los que sea alérgico o que no deban tomarse con otro medicamento.

A través del IHDE, los médicos de emergencia y el personal pueden obtener información médica vital para tratar a su hijo en caso de una emergencia cuando usted o su hijo no puedan comunicarse.

¿Cómo entra la información de mi hijo en el IHDE?

La información del cliente DBH se transmite diariamente de forma segura desde el sistema de la DBH de historiales médicos electrónicos al IHDE.

(continuación en la página siguiente)

¿Quién tendrá acceso a la información de su hijo en el IHDE?

Proveedores de atención de salud, esto incluye médicos, personal clínico y médico en Idaho que estén inscritos para participar en el IHDE. Estos participantes SOLO pueden acceder a los datos para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica que promuevan la eficiencia de la comunicación en la atención, la seguridad y la mejora de la salud del paciente. Estos participantes también deben cumplir con los programas y las políticas del IHDE que incluyen privacidad, seguridad y estándares de la HIPAA. Está estrictamente prohibido el uso del IHDE con cualquier otro propósito. Puede obtener una lista actualizada de los participantes del IHDE visitando www.idahohde.org.

¿Cómo se comparte la información de salud de mi hijo entre los proveedores sin el IHDE?

Sin el uso del IHDE, la información sobre la salud de su hijo se comparte entre los proveedores por teléfono, fax, correo o a través de redes informáticas limitadas. Estos procesos toman tiempo, son costosos y pueden imponerle una carga a usted o a su proveedor. El IHDE permite a un participante, como un médico, localizar registros de otro participante de la fuente de datos, como un hospital, en cuestión de minutos. Esto puede resultar en que el proveedor de su hijo tenga un registro de salud más completo y preciso.

¿Qué pasa si no quiero que la información de mi hijo vaya al IHDE?

Puede solicitar voluntariamente que su información médica de su hijo se excluya al transmitirse al IHDE mediante el formulario de solicitud de restricción de divulgación. Tendrá que completar, firmar y enviar el formulario por su cuenta. El personal de la DBH puede proporcionarle el formulario de exclusión voluntaria, pero no se les permite enviarlo por usted.

- Fax: (208) 803-0031
ATTN: Intercambio de Datos de Salud de Idaho, O
- Correo: Intercambio de Datos de Salud de Idaho
PO Box 6978
Boise, ID 83707

Si decide no participar, la información sobre la salud de su hijo no será visible ni utilizable en el IHDE. Solo el nombre, la fecha de nacimiento y el sexo de su hijo estarán disponibles.

Si lo rechazo la transmisión de datos, ¿puedo cambiar de opinión más tarde?

Sí. Si opta por no transmitir los datos de salud de su hijo, puede cambiar de opinión y optar de nuevo y revocar su solicitud de exclusión voluntaria. Puede llamar al IHDE o visitar la página web del IHDE para averiguar cómo revocar la solicitud. Su firma en una solicitud para revocar una restricción debe notariarse. Cuando revoque una solicitud de restricción, toda la información que ha sido recopilada desde que hizo su solicitud estará disponible a través del IHDE.

¿Cómo está protegida la privacidad de mi hijo?

La información compartida a través del IHDE debe cumplir con las protecciones técnicas especificadas bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"). La HIPAA regula el uso y la divulgación de información personal de salud para propósitos de tratamiento, pago y operaciones. El IHDE y los proveedores participantes

utilizan varias medidas para proteger la información de salud de su hijo. Las medidas de seguridad técnicas incluyen el cifrado, la protección por contraseñas y los registros de auditoría que dan seguimiento a cada participante que utiliza el sistema. Las garantías de seguridad administrativas incluyen políticas que requieren acceso limitado a la información a través del IHDE. Todos los proveedores participantes deberán aceptar estas políticas. Todos los proveedores participantes también están regulados por la HIPAA y otras leyes de privacidad federales y estatales. Los proveedores también deben tener sus propias políticas y otras garantías de seguridad, incluyendo las políticas para capacitar a su personal y acceso limitado para aquellos que necesitan conocer la información.

¿Dónde puedo obtener más información acerca del IHDE?

Para ayudar a comprender los beneficios del IHDE y para obtener más información, póngase en contacto con el IHDE de las siguientes formas:

- Teléfono: (208) 803-0030
- Correo electrónico: info@idahohde.org
- Página web: www.idahohde.org

¿Tiene preguntas o inquietudes que no se responden en este folleto?

Hable con la oficina local de Salud Mental del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho.

healthandwelfare.idaho.gov



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE



**Acuse de recibo del aviso sobre las prácticas de privacidad y la información para el cliente del Idaho Health Data Exchange
(Solo para el uso de la División de Salud del Comportamiento)**

Available in Spanish. We provide interpreter services at no cost. Call 2-1-1 or 1-800-926-2588 for interpretation assistance.
Disponible en español. Proveemos servicios de intérprete sin costo alguno. Llame al 2-1-1 ó al 1-800-926-2588 para obtener la ayuda de un intérprete.

Nombre del Cliente _____
(Por favor escribe en letra de molde su Primer Nombre, la Inicial del Segundo Nombre y su Apellido)

Con mi firma, doy fe de haber recibido el aviso sobre las prácticas de privacidad por parte del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho y la información para el cliente y las preguntas frecuentes del Idaho Health Data Exchange (IHDE) concernientes a la salud mental de niños o adultos.

Su firma _____ Fecha _____

DEPARTAMENTO DE SALUD Y BIENESTAR
SERVICIOS DE SALUD MENTAL
DETERMINACIÓN DE PAGO

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL CLIENTE O RESPONSABLE:

Nombre del cliente: _____ SSN: _____
Número de Medicaid: _____

Responsable: _____ Parentesco: _____ SSN: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____

Tiene seguro: Sí No Nombre del asegurado: _____
Compañía de seguros: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Número de grupo: _____ Número de suscriptor: _____

Su cónyuge tiene seguro: Sí No Nombre del asegurado: _____
Compañía de seguros: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____
Número de grupo: _____ Número de suscriptor: _____

Sección II: DETERMINACIÓN DE PAGO:

(Se utilizarán sus ingresos, menos los descuentos permitidos y el número de dependientes en su hogar con nuestro pago con base en ingresos para determinar qué porcentaje deberá pagar).

Ingresos brutos mensuales para clientes **adultos**:

Ingresos brutos mensuales para clientes **niños**:

1. Sí mismo _____
2. Cónyuge _____
3. Otro _____
4. Total _____

1. Sí mismo _____
2. Padre _____
3. Madre _____
4. Otro _____
5. Total _____

Número de dependientes en el hogar: _____

Descuentos mensuales permitidos:

1. Obligaciones establecidas por el tribunal:
2. Apoyo para dependientes:
3. Gastos de cuidado de niños necesarios para el empleo de los padres:
4. Gastos médicos:
5. Transporte:
6. Gastos extraordinarios de rehabilitación:
7. Pagos de impuestos estatales y federales (incluyendo los impuestos FICA):
8. Descuentos mensuales totales:

(Solo para uso administrativo)

Fuentes de ingreso y verificación de descuentos: _____

Ingreso mensual total:

Descuentos mensuales permitidos: - _____ Ingreso mensual ajustado: _____ X 12 = _____ Ingreso anual ajustado.

SECCIÓN III: ACUERDO DE PAGO:

De acuerdo con las secciones 16-2433, 19-2524, 20-520(i), 20-511A, y 39-3137, Código de Idaho, el director está autorizado a promulgar, adoptar y aplicar las reglas para los pagos por servicios prestados por salud mental y proveedores de tratamiento de trastornos de consumo de sustancias. De acuerdo con la sección 39-30, Código de Idaho, la Junta de Salud y Bienestar está autorizada a promulgar, adoptar y aplicar las reglas para los pagos por servicios prestados por salud mental y proveedores de tratamiento de trastornos de consumo de sustancias.

Basado en su ingreso anual ajustado y el número de dependientes, se ha determinado que su responsabilidad financiera será del _____ por ciento de los pagos facturados por servicios. Esto incluye cualquier porción de sus pagos no cubiertos por el seguro, CHAMPUS o los servicios no cubiertos por Medicaid.

Afirmo que, a mi saber y entender, las declaraciones hechas por mí en la presente son verdaderas y correctas.

Entiendo que soy responsable por el monto total que adeudo y me comprometo a pagar al momento de recibir el servicio o sobre una base mensual de acuerdo con los arreglos anteriores. Si es necesario que el departamento inicie la cobranza para recuperar los impagos, entiendo que soy responsable por todos los costos en que incurra el departamento.

Firma del cliente, padre de familia o responsable

Fecha

Afirmo que he solicitado la verificación de ingresos y descuentos mensuales permitidos de la familia. He documentado con exactitud y de manera completa toda la información a mi disposición, he adjuntado copias de todos los documentos disponibles que dan fe de los ingresos y los gastos mensuales y he utilizado la información que se me proporcionó para calcular la responsabilidad financiera de mi familia de acuerdo con las reglas de la División de Salud del Comportamiento.

Firma del personal

Fecha

¿La madre tuvo algún problema o enfermedad durante el CUESTIONARIO DE HISTORIA INICIAL

Formulario completado por: _____ Fecha en que se completó: _____

Nombre del niño: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____ M F

Hogar			
Enumere a todos los que viven en el hogar del niño			
Nombre	Relación con el niño	Fecha de nacimiento	Problemas de salud

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

N.º DE ID DE WITS: _____

Población prioritaria N.º 1 N.º 2 N.º 3

¿Hay hermanos? Si es así, haga una lista de sus nombres edades, y dónde viven: _____

Si la madre y el padre no viven juntos o el niño no vive con sus padres, ¿cuál es el estado de custodia del niño?

Si uno o ambos de los padres no viven en el hogar, ¿con qué frecuencia ve al(los) padre(s) que no vive(n) en el hogar?

Médico: _____ Última cita: _____

Dentista: _____ Última cita: _____

Historia del nacimiento
 Peso al nacer _____
 ¿El bebé nació a término? Sí ¿Fue prematuro?
 ¿Nació tarde
 Si fue prematuro, ¿cuántas semanas de gestación fueron?

¿Nació por parto vaginal? ¿Por cesárea?
 Si nació por cesárea, ¿por qué?

¿Tuvo el bebé algún problema justo después de nacer? Sí No Explique _____

¿Se le amamantó al principio? ¿Se le alimentó con biberón?

¿El bebé se fue con la madre desde el hospital a casa? Sí No Explique _____

Cuidado prenatal
 embarazo?
 Sí No Explique _____
 Durante el embarazo, la madre
 Fumó: Sí No Bebió alcohol: Sí No
 Usó drogas o medicamentos Sí No
 ¿Qué droga o medicamento? _____ ¿Cuándo? _____

General

¿Considera que su hijo está en buen estado de salud? Sí No Explique _____
 ¿Su hijo tiene alguna enfermedad grave o padecimiento médico? Sí No Explique _____
 ¿Su hijo ha sufrido lesiones graves o accidentes? Sí No Explique _____
 ¿Se le ha hecho alguna cirugía a su hijo? Sí No Explique _____
 ¿Se ha hospitalizado a su hijo? Sí No Explique _____
 ¿Su hijo es alérgico a algún medicamento o fármaco? Sí No Explique _____

Desarrollo

¿Le preocupa el desarrollo físico de su hijo? Sí No Explique _____
 ¿Le preocupa el desarrollo mental o emocional de su hijo? Sí No Explique _____
 ¿Le preocupa la capacidad de atención de su hijo? Sí No Explique _____
 ¿Su hijo está en la escuela? Sí No Recibe educación en casa
 Si su hijo está en la escuela:
 ¿Cómo es su comportamiento en la escuela?
 ¿Ha tenido que repetir un grado en la escuela? Sí No Si es así, explique _____
 ¿Cómo le va con las materias académicas? _____
 ¿Está en clases especiales o de recursos o tiene un IEP? Sí No Si es así, explique _____

Antecedentes del niño

¿Su hijo tiene o alguna vez ha tenido las siguientes?
 Varicela Sí No ¿Cuándo? _____
 Infecciones del oído frecuentes Sí No Explique _____
 Problemas con los oídos o audición Sí No Explique _____
 Alergias nasales Sí No Explique _____
 Problemas con los ojos o la vista Sí No Explique _____
 Asma, bronquitis, bronquiolitis o neumonía Sí No Explique _____
 Algún problema de corazón o soplo cardíaco Sí No Explique _____

Antecedentes del niño (continuación)			
Anemia o problema de sangrado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique	_____
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique	_____
Dolor abdominal frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique	_____
Estreñimiento que requiera visitas al médico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique	_____
Infección en la vejiga o el riñón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique	_____
Orinarse en la cama (después de los 5 años de edad)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique	_____
(Para las niñas) ¿Ha comenzado su período menstrual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuándo?	_____
(Para las niñas), ¿Tiene algún problema con sus períodos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique	_____
Algún problema crónico o recurrente de la piel (acné, eczema, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique	_____
Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique	_____
Convulsiones u otro problema neurológico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique	_____
Problemas de tiroides u otros problemas endocrinos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique	_____
Algún otro problema importante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique	_____
Antecedentes de la familia			
Indique si alguno de los miembros de la familia del niño ha tenido alguna de las siguientes:			
Sordera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	Comentario s _____
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	Comentario s _____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	Comentario s _____
Ataque al corazón (antes de los 50 años de edad)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	Comentario s _____
Alta presión arterial (antes de los 50 años de edad)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	Comentario s _____
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	Comentario s _____
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	Comentario s _____
Trastorno de sangrado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	Comentario s _____
Enfermedad del hígado (hepatitis)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	Comentario s _____
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	Comentario s _____
Diabetes (antes de los 50 años de edad)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	Comentario s _____
Orinarse en la cama (después de los 10 años de edad)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	Comentario s _____
Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	Comentario s _____
Problemas del sistema inmunológico, VIH o SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	Comentario s _____
Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	Comentario s _____
Abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	Comentario s _____
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	Comentario s _____
Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	Comentario s _____
Retraso mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	Comentario s _____
Violencia doméstica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	Comentario s _____
Implicación con las fuerzas policíacas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	Comentario s _____
Antecedentes adicionales de la familia			

Emocional y comportamiento del niño

¿Ha notado que el comportamiento, manera de pensar o sentimientos de su hijo hayan empeorado desde que toma algún medicamento particular, o que haya comenzado a padecer una enfermedad física o un trauma físico? Sí No Si es así, explique _____

¿Sospecha que su hijo usa drogas o alcohol?

- No, estoy seguro que mi hijo no consume ninguna de estas
- No estoy seguro, a veces me pregunto si mi hijo consume alcohol o drogas
- Sí, estoy seguro de que mi hijo usa drogas o alcohol

¿Su hijo actúa como si escuchara voces que solo él puede oír?

- No sé
- No
- Sí, algunas veces
- Sí, la mayoría de las veces
- Sí, todo el tiempo

¿Su hijo actúa como si viera cosas que solo él puede ver?

- No sé
- No
- Sí, algunas veces
- Sí, la mayoría de las veces
- Sí, todo el tiempo

Califique cada una de las siguientes emociones

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mi hijo parece estar feliz | <input type="checkbox"/> Mi hijo parece estar triste | <input type="checkbox"/> Mi hijo parece estar ansioso | <input type="checkbox"/> Mi hijo parece estar irritado |
| <input type="checkbox"/> Todo el tiempo | <input type="checkbox"/> Todo el tiempo | <input type="checkbox"/> Todo el tiempo | <input type="checkbox"/> Todo el tiempo |
| <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces | <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces | <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces | <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> Algunas veces | <input type="checkbox"/> Algunas veces |
| <input type="checkbox"/> Rara vez | <input type="checkbox"/> Rara vez | <input type="checkbox"/> Rara vez | <input type="checkbox"/> Rara vez |
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Nunca |

¿Su hijo tiene problemas importantes con el sueño (por ejemplo: duerme demasiado o muy poco, o su sueño se interrumpe a menudo)?

- No
- Sí, pero rara vez
- Sí, algunas veces
- Sí, la mayoría de las veces
- Sí, todo el tiempo

¿Parece que su hijo ya no está interesado en hacer las cosas que él suele disfrutar hacer (por ejemplo: hablar con amigos o ir de pesca)?

- No
- Sí, pero rara vez
- Sí, algunas veces
- Sí, la mayoría de las veces
- Sí, todo el tiempo

¿Su hijo ha hablado alguna vez de suicidio o ha tenido intentos de suicidio en el pasado?

- Sí No

Si es así, explique: _____

¿Su hijo parece preocuparse demasiado por el bienestar de un miembro de la familia en particular sin razón aparente?

- Sí No

Si es así, explique: _____

¿Su hijo se queja de sentirse enfermo o tener una enfermedad o malestar que usted sabe que no existe?

- Sí No

Si es así, explique: _____

¿A su hijo le es difícil estar separado de usted o su hogar al punto de que él se preocupa en exceso ante esta situación?

- Sí No

Si es así, explique: _____

¿Su hijo tiene temor a ser humillado en un entorno público?

- Sí No

Si es así, explique: _____

Emocional y comportamiento del niño (continuación)

Indique cuáles de los siguientes miedos fuertes, si los hubiera, muestra su hijo. Estos son miedos que normalmente harán que se sienta muy nervioso, lo harán llorar, hacer berrinches o mantenerse cerca de un adulto.

- Un animal en particular como los perros
- Un insecto en particular como arañas
- Objetos de la naturaleza como las tormentas
- Al ver sangre o tener una lesión, o recibir una inyección
- Situaciones específicas como pasar por túneles, las alturas, volar, etc.
- No tiene miedos

¿Su hijo ha experimentado algún trauma o choque emocional que aún le moleste?

Sí No

Si es así, explique: _____

Califique los siguientes comportamientos

Mi hijo pone muy bien atención

- Todo el tiempo
- La mayoría de las veces
- Algunas veces
- Rara vez
- Nunca

Mi hijo respeta las reglas o la autoridad

- Todo el tiempo
- La mayoría de las veces
- Algunas veces
- Rara vez
- Nunca

Mi hijo es tan activo como cualquier otro niño de su edad

- Todo el tiempo
- La mayoría de las veces
- Algunas veces
- Rara vez
- Nunca

Mi hijo juega bien con los demás

- Todo el tiempo
- La mayoría de las veces
- Algunas veces
- Rara vez
- Nunca

Mi hijo tiene consideración por los derechos de los demás

- Todo el tiempo
- La mayoría de las veces
- Algunas veces
- Rara vez
- Nunca

¿Su hijo tiene antecedentes de abuso sexual?

Víctima: Sí No

Autor: Sí No

¿Su hijo tiene antecedentes de abuso físico?

Víctima: Sí No

Autor: Sí No

¿Su hijo ha tenido algún contacto con las fuerzas policiales, el Departamento de Correcciones Juveniles, o Libertad Condicional para Menores en el pasado?

Sí No Si es así, explique

¿Su hijo tiene algún comportamiento extraño o inusual que le preocupe mucho? Sí No Si es así, explique

Proporcione una lista de las fortalezas de su hijo:

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____

Proporcione una lista de las debilidades de su hijo:

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____

Al firmar abajo, reconozco que he leído y comprendo este cuestionario y he proporcionado información a mi mejor conocimiento y habilidad.

Firma y fecha

¡GRACIAS!



Información del cliente y preguntas frecuentes del ICANS

¿Qué es el ICANS?

El ICANS es un sistema electrónico basado en el Internet utilizado para administrar y manejar las evaluaciones de necesidades y fortalezas de niños y adolescentes (CANS) en Idaho.

¿Por qué querría que la información de mi hijo esté en el ICANS?

Las necesidades y fortalezas de niños y adolescentes (CANS) es una herramienta para medir las necesidades y fortalezas de hijo y su familia. El CANS es utilizado en Idaho para determinar el nivel de problemas funcionales del niño o joven y poder guiar las decisiones de planificación de tratamiento. En Idaho, el sistema ICANS utiliza la información de la evaluación CANS para ayudar a los médicos y otros proveedores de servicios de salud mental para niños a recomendar el nivel adecuado de atención.

Para participar o recibir ciertos programas financiados por el estado, tales como los Servicios de Empoderamiento de Jóvenes (el programa YES), el niño o joven deberán completar una evaluación CANS.

El ICANS es la plataforma aprobada por el estado para administrar los puntajes del CANS. Al no permitir que la información de su hijo esté disponible en el ICANS, él podría no ser capaz de tener acceso a ciertos programas o servicios financiados por el estado.

Al permitir que se ingrese la información de su hijo en el sistema ICANS, esta está disponible para proveedores y personal autorizados para poder tomar decisiones mejor informadas y en colaboración respecto a los servicios y cuidado de salud mental de su hijo.

¿Por qué debo llenar y firmar el consentimiento informado?

Al llenar y firmar el formulario de autorización de consentimiento informado, permite que la agencia enumerada pueda ingresar la información de su hijo en el sistema ICANS.

Sin el formulario de autorización de consentimiento informado llenado y firmado, el proveedor no puede ingresar a la información en el ICANS.

¿Quién podrá ingresar la información de mi hijo en el ICANS?

La agencia que ha nombrado en la parte superior del formulario de autorización de consentimiento informado tiene permiso para agregar la información de su hijo en el ICANS.

¿Quién tendrá acceso a la información de su hijo en el ICANS?

Solo los usuarios autorizados tendrán acceso a la información de su hijo en el ICANS.

Un usuario autorizado es una persona designada por una agencia proveedora o la División de Salud del Comportamiento del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho que necesita acceso al ICANS para su trabajo.

Algunos ejemplos de posibles usuarios autorizados pueden incluir, pero no están limitados a:

- Personal de la División de Salud del Comportamiento y Salud Mental de los Niños.
- Personal de la División de los Servicios a la Familia y la Comunidad (FACS), incluyendo los Servicios para Discapacidades del Desarrollo y Bienestar del Niño, si su niño se beneficia de sus programas.
- Personal de Medicaid u Optum responsable de la coordinación, el pago y la administración de calidad de los servicios de salud mental en el estado de Idaho.
- Proveedores de evaluación independientes, contratados por Medicaid, que evaluarán al niño para determinar su elegibilidad para algunos servicios de salud mental financiados por el estado.

Todos los usuarios del ICANS también deben cumplir con las políticas y los procedimientos de este, los cuales incluyen los estándares de seguridad y privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) de 1996. Está estrictamente prohibido el uso del sistema ICANS por cualquier otra razón.

¿Qué información pueden ver los usuarios autorizados del ICANS?

Poca de la información que se ingresa en el sistema ICANS está visible para todos los usuarios autorizados.

Solo la siguiente información del sistema ICANS puede compartirse con todos los usuarios autorizados:

- Apellido
- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Número de Seguro Social*
- Sexo
- Raza
- Grupo étnico
- Dirección
- Identificadores (otros números como el número de identificación de Medicaid)

*El número de Seguro Social (SSN) se solicita para identificar los participantes y prevenir la duplicación de beneficios e información. El SSN es un componente fundamental para el manejo de casos y actividades de coordinación de cuidados.

El Departamento de Salud y Bienestar está autorizado para recaudar y utilizar números de Seguro Social (SSN) para determinar la elegibilidad a Medicaid, verificar información y evitar la duplicación en la participación. Proporcionar su SSN puede minimizar los retrasos administrativos asociados con el servicio solicitado. El departamento no divulgará el SSN de un

individuo sin el consentimiento de la persona a nadie que le sea ajeno, excepto por lo que disponga la ley. 31 CFR Sección 1.32 del título 31 del CFR y sección 435.910 del título 42 del CFR.

La siguiente información en el sistema ICANS **no se comparte** con usuarios autorizados sin una divulgación de información firmada:

- Diagnóstico(s)
- Cualquier información relacionada con el uso de sustancias.
- Puntuaciones en cualquiera de los elementos del CANS.
- Comentarios ingresados en el ICANS relacionados con la puntuación del CANS.
- Resultados del nivel de cuidado recomendado.

¿Cómo comparto la información de mi hijo con sus proveedores de tratamiento?

Se deberá llenar una divulgación de información específicamente completada y firmada, además del formulario de autorización de consentimiento informado, para que un proveedor de su hijo pueda acceder a los registros completados por otra agencia de servicios.

¿Qué información puede ser el proveedor de tratamiento de mi hijo?

El proveedor de tratamiento puede acceder a cualquier registro de su hijo en el ICANS que dicho proveedor o la agencia hayan capturado.

Tenga en cuenta: Se deberá completar una divulgación de información específicamente firmada, además del formulario de autorización de consentimiento informado del ICANS, para que un proveedor pueda acceder a los registros completados por otra agencia de servicios. La siguiente información está disponible para el proveedor de su hijo:

- Apellido
- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Número de Seguro Social*
- Sexo
- Raza
- Grupo étnico
- Dirección
- Identificadores (otros números como el número de identificación de Medicaid)
- Diagnóstico(s)
- Cualquier información relacionada con el uso de sustancias.
- Puntuaciones en cualquiera de los elementos del CANS.
- Comentarios ingresados en el ICANS relacionados con la puntuación del CANS.
- Resultados del nivel de cuidado recomendado.

¿Puedo revocar el formulario de autorización de consentimiento informado?

Puede revocar el formulario de autorización de consentimiento informado en cualquier momento. Esto evitará cualquier uso futuro del ICANS, pero no va a cambiar cualquier acción que ya se haya llevado a cabo mediante el formulario de autorización de consentimiento informado.

El formulario de autorización de consentimiento informado no será válido desde la fecha en que se revoque. Las copias o las reproducciones exactas del formulario de autorización del consentimiento informado completado y firmado tendrán el mismo efecto y vigencia que el original.

¿Cómo está protegida la privacidad de mi hijo?

La información compartida a través del ICANS está protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) de 1996, las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con abuso de alcohol y drogas, la parte 2 del título 42 del CFR, las partes 160 y 164 del título 45 del CFR; y la Ley de Medicaid, subparte f de la parte 431 del título 42 del CFR.

El sistema ICANS y los proveedores participantes utilizan una combinación de medidas para proteger la información de salud de su hijo.

- Las medidas de seguridad técnicas incluyen el cifrado, la protección por contraseñas y los registros de auditoría que dan seguimiento a cada participante que utiliza el sistema.
- Las medidas de seguridad administrativas incluyen políticas que requieren acceso limitado a la información a través del ICANS. Todos los proveedores participantes deberán aceptar estas políticas.
- Las medidas de seguridad del ICANS se pueden encontrar en línea en:
<http://icans.dhw.idaho.gov/ResourcesandUserGuide/tabid/4105/Default.aspx>

Todos los proveedores participantes también están regulados por la HIPAA y otras leyes de privacidad federales y estatales. Los proveedores también deben tener sus propias políticas y otras medidas de seguridad, incluyendo las políticas para capacitar a su personal y acceso limitado para aquellos que necesitan conocer la información.

¿Tiene preguntas o inquietudes que no se responden en este folleto?

Hable con la Oficina de Salud Mental de los Niños local del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho.

healthandwelfare.idaho.gov



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE



Consentimiento Informado de ICANS

Yo, _____ (*nombre del padre*), soy el padre o tutor legal de

(*nombre del cliente menor de edad*).

He recibido un folleto que explica cómo ICANS es un sistema electrónico seguro de la salud utilizado para administrar la evaluación del ICANS y poner los resultados a disposición de los proveedores que participan en el sistema ICANS.

Autorizo a la siguiente agencia _____ (*nombre del proveedor, agencia u organización*) para revelar, usar, recibir, intercambiar, comunicar y divulgar información con el sistema ICANS, y con agencias o usuarios autorizados con acceso a ICANS.

¿QUIÉN PUEDE REVELAR LA INFORMACIÓN? La agencia que he nombrado en la parte superior de este formulario puede revelar información de salud protegida a ICANS.

¿QUÉ PUEDE REVELARSE? Al firmar este consentimiento, entiendo que la información de salud protegida o registros se compartirán, utilizarán, divulgarán, recibirán, comunicarán o intercambiarán mutuamente, por o entre cualquier persona, entidad u organismo denominado en esta autorización. Entiendo que esta información puede incluir material protegido bajo las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de los pacientes de abuso de alcohol y drogas, parte 2 del título 42 del CFR; la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), las partes 160 y 164 del título 45 del CFR; y la Ley de Medicaid, subparte F de la parte 431 del título 42 del CFR. Las reglas federales restringen el uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a alguien y volver a revelar los registros relativos a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

PROPÓSITOS.

Entiendo que esta autorización le permitirá a mi equipo de tratamiento planificar y coordinar los servicios que necesito y permite que cualquier persona, entidad u organismo denominado en esta autorización se involucre activamente en mi caso, la coordinación, la evaluación, el tratamiento, la planificación, o los procedimientos legales. Por medio de la presente, solicito y doy mi permiso para un intercambio abierto de información a, por o entre cualquier persona, entidad u organismo denominado en esta autorización.

REVOCACIÓN.

También entiendo que puedo revocar este consentimiento informado en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción haya sido tomada en base a la misma y que, en cualquier caso, esta autorización expira automáticamente como se indica en cada elemento de divulgación identificado anteriormente. Una fotocopia o reproducción exacta de esta autorización firmada tendrá el mismo vigor y efecto que tiene el original.

VENCIMIENTO

Esta autorización vencerá en un (1) año a partir de la fecha en que el Cliente Menor de Edad y el Padre o Tutor Legal lo firmen.

CONSENTIMIENTO.

Entiendo que mi información no puede divulgarse sin mi consentimiento por escrito, salvo que las leyes dispongan lo contrario, y que se cumplirán las federales y de Idaho al usar y divulgar mi información de ICANS.

Al firmar este formulario, autorizo a los proveedores que evalúan o tratan a mi hijo o pupilo a proporcionar la información de mi hijo o pupilo al ICANS. Entiendo que no firmar esta autorización puede limitar la determinación de elegibilidad, la inscripción, o el tratamiento para mi hijo o pupilo.

He leído este consentimiento informado o me han leído o explicado este consentimiento informado y entiendo el propósito de la divulgación de la información. Firmo esta autorización por mi propia voluntad.

Firma legal completa del menor de edad o del representante personal autorizado	Relación con el cliente	Fecha
Firma legal completa del padre o el tutor legal (requerida si el cliente es menor de 16 años de edad, pero solo después de haber firmado el cliente).	Relación con el cliente	Fecha
Firma legal completa del testigo (empleado de la agencia)	Nombre de la agencia de iniciación	Fecha



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

Para presentar una queja o inquietud a nivel de la
Clínica Regional, llame a:

Región 1	Coeur d'Alene/Kallogg Sandpoint/Ponderay	208-769-1406 208-769-1406
Región 2	Grangeville Lewiston Moscow	208-983-2300 208-799-4440 208-882-0562
Región 3	Caldwell/Nampa Payette	208-459-0092 208-642-6416
Región 4	Boise/Mountain Home	208-334-0981
Región 5	Twin Falls Burley	208-732-1630 208-677-5390
Región 6	Pocatello	208-234-7900
Región 7	Idaho Falls/Rexburg Salmon Blackfoot	208-528-5700 208-785-5871

Teléfono: Línea de no emergencias para

Oficina central:

1-855-643-7233

Local 208-334-6870

Dirección: 450 W State St. 3^{ra} Floor

Boise, ID 83702

Correo electrónico: yes@dhw.idaho.gov

Visite el sitio web para obtener más información:

www.yes.idaho.gov

[healthandwelfare.idaho.gov/Medical/MentalHealth/ChildrensMentalHealth/
tabid/314/Default.aspx](http://healthandwelfare.idaho.gov/Medical/MentalHealth/ChildrensMentalHealth/tabid/314/Default.aspx)

Última actualización:
23/1/2018



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

División de Salud del Comportamiento Salud Mental de los Niños

PROCESO DE RESOLUCIÓN DE INQUIETUDES Y QUEJAS

- ♦ El servicio de cuidado de salud mental de los niños de Idaho respeta el derecho de cualquier familia y joven a quejarse de cualquier aspecto de la prestación de servicios de salud mental.
- ♦ Las familias y los jóvenes tienen derecho a que se les informe de su derecho de expresar y señalar sus quejas para que sean revisadas, investigadas y resueltas con prontitud.
- ♦ La decisión de una familia y un joven para presentar una queja no interferirá con la calidad del cuidado y la continuidad de los servicios.

Proceso de resolución de inquietudes y quejas

La División de Salud del Comportamiento proporciona oportunidades de opinión formales e informales para las familias y los jóvenes con respecto a la atención que se les proporciona.

La División de Salud del Comportamiento ha adoptado las siguientes normas en la búsqueda de este objetivo:

* *Cuidado*

* *Competencia*

* *Comunicación*

* *Comodidad*

Resolución informal de inquietudes y quejas

La División de Salud del Comportamiento fomenta la resolución de inquietudes o quejas de manera informal, siempre que sea posible. Si usted tiene una inquietud o queja acerca de los servicios que recibió de una clínica regional administrada por el estado (puede ver la lista de las clínicas en la contraportada de este folleto), podría serle conveniente hablar primero con el personal o los administradores de la clínica en la que los servicios fueron otorgados.

Este tipo de inquietud o queja se puede hacer por teléfono, correo o correo electrónico a la clínica de salud mental regional que se indica en el reverso de la página.

Paso 1 Presentación de una queja formal
Las quejas formales se pueden hacer por teléfono, correo o correo electrónico a los siguientes:

Teléfono: Línea gratuita para no emergencias: 1-855-643-7233
o 208-334-6870 (local)
Dirección: 450 W State St. 3rd Floor
Boise, ID 83702
Correo electrónico: yes@dhw.idaho.gov

Se le pedirá que proporcione la siguiente información:

1. Nombre y fecha de nacimiento
2. Información de contacto (número de teléfono y dirección)
3. Explicación de la queja
4. Está en espera de que continúen los servicios (si fuera aplicable)
5. Cómo le gustaría que se resolviera el asunto

Las quejas se enviarán a la Comisión de Quejas designada. El objetivo es garantizar que se atiendan las quejas de manera eficiente y eficaz y que los demandantes tengan confianza en nuestro organismo para satisfacer sus necesidades e inquietudes.

Paso 2 Reconocimiento de la queja

Todas las quejas formales se responderán con una carta de confirmación de la recepción de la queja, dentro de cinco días.

Paso 3 Investigación de la queja

La Comisión de Quejas revisará las quejas para hacer recomendaciones para una resolución. La Comisión de Quejas estará compuesta de por lo menos tres individuos; ninguno de los cuales estará involucrado directamente con la queja.

Paso 4 Resolución de la queja

Dentro de 30 días, siguientes a la revisión de la queja, se le enviará una respuesta por escrito. La respuesta incluirá un resumen de la investigación y conclusiones. La transparencia es el objetivo; no obstante, al proporcionar los hallazgos de la queja, se tiene en cuenta la confidencialidad o privacidad de la información que puede no estar disponible para su divulgación.

Nota para las quejas acerca de los servicios de Medicaid, llame a la línea de miembros de Optum al 1-855-202-0973



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

División de Salud del Comportamiento
Aviso de derechos de apelaciones administrativas

La División de Salud del Comportamiento proporciona oportunidades de opinión formales e informales para los clientes con respecto a la atención que se les proporciona. La División de Salud del Comportamiento fomenta la resolución de inquietudes o quejas de manera informal, siempre que sea posible.

Debe conocer las reglas que rigen los procedimientos de casos indicadas abajo. Sin embargo, si tiene una queja o preocupación acerca de servicios que usted o su hijo recibieron en una clínica regional operada por el estado, puede hablar primero con el personal o la gerencia de la clínica en donde recibieron los servicios. Si aún existen dudas, puede llevarlo a la atención del gerente del Programa de Salud Mental Regional.

Si su preocupación es acerca de un aviso de la decisión por parte del Programa de Salud Mental del Comportamiento, la cual sigue sin resolverse, tiene derecho a presentar una apelación administrativa de conformidad con la IDAPA 16.05.03.

Cómo solicitar una apelación:

Paso 1:

De conformidad con la IDAPA 16.05.03.101.01, usted o su representante deben presentar las apelaciones, las cuales deben incluir:

- Nombre (si se trata de un servicio proporcionado para su hijo, incluya el nombre de su hijo)
- Dirección
- Número de teléfono
- Copia del aviso de la decisión que es el objeto de la apelación y la razón del desacuerdo con la decisión
- Solución solicitada
- Cualquier evidencia que desee sea considerada

Paso 2:

Envíe por correo o fax la apelación, o entréguela en persona:

450 West State Street 10th floor
P.O. Box 83720, Boise, ID 83720-0036
Teléfono: (208) 334-5564
Fax: (208) 639-5741



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

El plazo límite para presentar una apelación es de veintiocho (28) días a partir de la fecha en que se envía la decisión. Se considera que se presenta una apelación cuando el departamento la recibe (o si se envía por correo) o cuando tenga el sello postal dentro del plazo límite previsto en el aviso de la decisión. IDAPA 16.05.03.101.02.



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

Departamento de Salud y Bienestar de Idaho Autorización para Divulgar Información

Por favor complete y devuelva esta información a una oficina del Departamento de Salud y Bienestar.

Disponible en Español. Proveemos los servicios de intérprete sin costo alguno. Llame al 2-1-1 o al 1-800-926-2588 para obtener la ayuda de un intérprete.

Información del Cliente

Nombre del Cliente _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono _____
(Primero, Segundo, Apellido)

Dirección para Correspondencia _____ Estado _____ Apartado Postal _____

Información del Solicitante

(Debe de completarse si la autorización esta siendo llenada por otra persona ajena al sujeto de la información. Por favor provea documentación de su autoridad).

Nombre del Solicitante (de ser diferente al del cliente) _____ Teléfono _____

Dirección Para Enviar Correspondencia _____ Estado _____ Apartado Postal _____

Detalles de Autorización

Yo autorizo a la siguiente persona, organización o negocios _____

a divulgar mi información confidencial a: Nombre _____

Dirección: _____ Estado _____ Apartado Postal _____

con el propósito de _____

Por favor describa en detalle la información a ser divulgada _____

Esta autorización expirara en 6 meses amenos que otra fecha o evento sea especificado aquí _____

Yo entiendo que, cuando yo pida una copia del formulario de autorización completo y firmado, me estará disponible. Yo entiendo que, puedo revocar esta autorización por escrito, a cualquier hora, excepto en el grado en que se haya tomado acción confiando en esta autorización. Yo puedo someter por escrito una declaración de revocación a una oficina del Departamento de Salud y Bienestar. Yo entiendo que la persona o entidad que reciba mi información confidencial puede que no este requerida a prevenir la divulgación o uso no autorizado de la misma.

Yo entiendo que esta autorización, a menos que yo exprese por escrito una limitación, será extendida en todos los aspectos de mi tratamiento incluyendo pruebas y/o tratamiento para enfermedades de contagio sexual, SIDA, o infección de VIH, abuso de alcohol y/o drogas y condición de salud mental.

Yo entiendo que mi firma en este formulario no es requerida par el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios, y que una copia de esta autorización será tan valida como una original.

Su Firma _____ Fecha _____

Su firma debe estar notariada si usted presenta esta solicitud por fax, correo aéreo o correo electrónico y no podemos verificarla con la información que ya está en el archivo.